

大台町小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書

年 月 日

大台町長

(申請者) 住 所

氏 名 印

(対象者との続柄 )

小児慢性特定疾病児童日常生活用具の給付について、次のとおり申請します。

対 象 者	住 所	大台町 (電話 - )
	氏 名	( 年 月 日生)
	疾 患 名	
給 付 用 具 名		
給付を希望する理由		
備 考		

(添付書類)

- 1 対象者の扶養義務者の前年分所得税又は当該年度分市町村民税の課税額を証明する書類 (同意書欄に押印のある場合は不要)
- 2 用具の見積書

同意書

私は、この申請に係る事務を行うため、大台町長が町の保有する私及び私の世帯に関する個人情報 (住民基本台帳情報、税情報) を利用することに同意します。

年 月 日

氏 名 印